Ueber einen Fall

von

Uterus bicornis rudimentarius

mit

rudimentärer Scheide.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der hohen medicinischen Facultät

der

königl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Wilhelm Butters
approb. Arzt aus Dürkheim a. H.

1895.

Druck von J. Rheinberger, Dürkheim a. H. & Kaiserslautern.

Ueber einen Fall

von

Uterus bicornis rudimentarius

mit

rudimentärer Scheide.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der hohen medicinischen Facultät

der

königl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Wilhelm Butters
approb. Arzt aus Dürkheim a. H.

Druck von J. Rheinberger, Dürkheim a. H. & Kaiserslautern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0183

Nachdem durch die Forschungen von Johannes Müller die Entwickelungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane bekannt geworden war, trat auch die Forschung über die Missbildungen derselben in ein neues Stadium. Es waren zwar verschiedene Fälle genau geschildert und die Mehrzahl der Missbildungsformen war wohl bekannt, doch hatte man sie stets als zufällige Ergebnisse betrachtet. Kussmaul war der erste, der diese Missbildungen vom entwickelungsgeschichtlichen Standpunkte aus zu betrachten lehrte, indem er nachwies, dass sie alle durch Hemmungen, welche in bestimmten Entwickelungsstadien eintreten, entstünden. Er selbst teilte die damals bekannten Fälle nach diesem Gesichtspunkt ein. Die Kussmaul'sche Theorie ist bis heute massgebend geblieben; sie wurde von den verschiedensten Autoren weiter ausgebildet, und eine stattliche Anzahl neuer Fälle veröffentlicht.

Jedoch nicht nur theoretischen Wert sollte die Kenntnis dieser Missbildungen behalten, sondern sie erhielt auch eine hervorragende praktische Bedeutung. Nachdem von Hegar funktionirende Ovarien bei rudimentärer Entwickelung der übrigen Geschlechtsorgane als Indikation zur Castration aufgestellt, und von Peaslee unabhängig davon zuerst dieselbe wegen heftiger Menstruationsmolimina bei rudimentärer Entwickelung des Uterus und der Scheide ausgeführt worden war, ist nun eine ganze Reihe von Fällen bekannt geworden, in welchen aus demselben Grunde operativ vorgegangen wurde. Diese Fälle sind auch ferner deswegen von besonderer Wichtigkeit, da sie, gleich denen, bei welchen die Sektion vorgenommen werden konnte, nicht nur das

immerhin unsichere Resultat der äussern Untersuchung, sondern eine genaue Untersuchung und Darstellung der innern Verhältnisse bieten.

Es erscheint daher vom theoretischen wie praktischem Interesse, alle derartigen Fälle bekannt zu geben.

Ich hatte im Sommer 1893 an der hiesigen Universitätsfrauenklinik Gelegenheit, einen Fall von Missbildung der weiblichen Geschlechtsorgane, der wegen der heftigen Menstruationsbeschwerden operirt wurde, mit zu beobachten und Herr Professor Dr. Frommel hatte die Güte, mir den Fall zur Bearbeitung zu überlassen. Ich gestatte mir an dieser Stelle dafür, Herrn Professor Frommel, sowie auch den Herrn Assistenzärzten Dr. Beckh und Dr. Schmidt für ihr liebenswürdiges Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Ich gehe gleich zu dem Fall über und erlaube mir die Krankengeschichte und den Operationsbefund ausführlich mitzuteilen:

Möhring Lisette, 21 Jahre, ledig.

Pat. stammt aus gesunder Familie, Fälle von Missbildungen in derselben nicht bekannt.

Pat. hat nur als Kind Scharlach durchgemacht, sonst will sie stets gesund gewesen sein.

Sie gibt an die Regel noch nie gehabt zu haben. Mit dem 15. Jahre habe sie starke Schmerzen im Unterleib bekommen, die in den linken Oberschenkel ausstrahlten. Die Schmerzen waren sehr stark und kehrten in Anfangs unregelmässigen bis zu 8 Wochen dauernden Intervallen, seit 2 Jahren jedoch regelmässig alle 4 Wochen wieder. Die Schmerzen sind sehr heftiger Natur, dauern gewöhnlich nur einen Tag, doch ist Pat. an diesem Tag fast arbeitsunfähig.

Status praesens: Pat. ist ein grosses, gracil gebautes Mädchen, von gutem Ernährungszustande, aber etwas anämischem Aussehen.

Herz und Lungen gesund.

Brüste ziemlich gross, Fettsubstanz gut, Drüsensubstanz schlecht entwickelt, Warzenhof blass, Warzen verstrichen.

Rima etwas klaffend; äussere Genitalien gut und normal behaart, grosse Labien fettarm aber gut entwickelt; Nymphen und Hymen schwach entwickelt.

Eine Scheide ist nicht vorhanden, sie endigt blind hinter dem Hymen und hat eine Tiefe von höchstens 2 cm.

Eine Portio oder Orificium uteri eternum nirgends nachweisbar.

Bei bimanueller Untersuchung vom Rektum aus findet man etwa der normalen Lage der Cervix entsprechend einen ziemlich derben, kleinfingerdicken Strang, welcher nach unten ohne scharfe Grenze in die Scheide übergeht und sich nach oben in zwei nach links und rechts abbiegende verschieden grosse Hörner von Uterusconsistenz teilt. Das linke ist etwas grösser als das rechte, jedoch immerhin höchstens einem halben normalen Uterus in der Grösse entsprechend. Sowohl links wie rechts lassen sich dicht an diesen beiden, offenbar als rudimentäre Uterushörner anzusprechenden, Gebilden zwei wenig bewegliche Körper fühlen, welche als Ovarien zu deuten sind. Ligamenta rotunda sind nicht mit Deutlichkeit nachzuweisen.

Der Pat. wurde zur Heilung ihrer Beschwerden die Castration vorgeschlagen und ging sie bereitwillig darauf ein.

Nach der üblichen Vorbereitung machte Herr Prof. Dr. Frommel, am 6. Juni die Laparotomie. Nach Durchtrennung der Bauchdecken in der linea alba und des Peritoneums, kann man, da die Därme sofort zurücksinken, in das Becken hineinblicken und sieht zunächst extramedian gelegen einen verhältnismässig recht gut entwickelten, dem Corpus uteri auch in der Form gleichenden Körper, mit dessen Fundspartie das Netz schwach verwachsen ist. Die Verwachsung wird gelöst. Der erwähnte Körper endigt nach abwärts in einen

soliden Strang, von etwa der Dicke eines kleinen Fingers, welcher mit einem von der andern Seite her kommenden soliden Strang sich vereinigend in dem etwa $1^1/_2$ cm langen offenbar ebenfalls soliden Stück (Cervix) endigt. Es ist also demnach nicht nur die gemeinsame Cervix, sondern auch ein Teil der darüberliegenden Körperpartieen, wenigstens links solid.

Die Verhältnisse auf der linken Seite gestalten sich also folgendermassen:

Das vorhin erwähnte Muskelgebilde, welches jedenfalls als das linke relativ gut entwickelte Horn anzusprechen ist, ist vollständig mit seiner Funduspartie nach links herüber gelagert und man sieht nach Lösung der Netzadhäsionen, dass noch weitere Adhäsionen vorhanden sind, namentlich an dem hinter dem Horn gelegenen Ovarium. Wenn man nun das linke Horn etwas nach vorn drängt und mit der Hand hinter dasselbe geht, so findet man das bereits erwähnte Ovarium mit sehr kurzem Mesenterium abgehend hinter dem Uterus liegen, zugleich noch eine grosse Hydatide. Das linke lig. infundibulo-pelvicum verliert sich hier nicht gegen die Beckenwand, sondern gegen die Platte des Mesenteriums des Dickdarms. Von einer Tube oder einem tubenähnlichen Gebilde ist vorläufig nichts zu bemerken, nur sieht man einen kurzen tubenähnlichen Strang nach abwärts vor dem Ovarium verlaufen, der aber offenbar blind endigt. Das lig. rotundum geht breit und sehr stark entwickelt nach vorne ab. Aber auch an seinem Ansatz an den Uterus ist nichts von einem Tubenansatz nichts zu bemerken.

An dieser Seite wird nun das kurzgestielte Ovarium abgebunden und mit der Hydatide abgetragen, so dass also das betreffende Horn zurückbleibt.

Wie bereits vorhin erwähnt, stösst das in einem soliden Strang nach abwärts gehende Horn der linken Seite mit einem von der entgegengesetzten Seite schräg verlaufen-

den gleichfalls soliden Strang zusammen. Dieser geht schief von innen und unten nach oben und aussen in einen spindelförmig anschwellenden Strang über, welcher an seiner stärksten Anschwellung die Dicke von etwa 2 cm erreicht und unzweifelhaft seiner Farbe nach das Gepräge von Uterusgewebe zeigt, indem er die charakteristische rötliche Farbe hat. Am Ende der Anschwellung, die etwa 3 cm lang ist, bemerkt man dann nach vorn das kräftig entwickelte lig. rotundum abgehen; nach der Seite hin die ganz rudimentär entwickelte Tube, von der infolge ihrer Kleinheit nicht einmal gesagt werden kann, ob sie durchgängig ist, oder nicht. Nach hinten geht mit einem $1^1/_2$ cm langen lig. ovaric propr. ein grosses schön entwickeltes, erweiterte Follikel zeigendes Ovarium ab, welches auch mit kurzem Mesenterium versehen ist. Mit grosser Bequemlichkeit lässt sich das lig. inf. pelvicum und lig. latum so abbinden, dass auch die spindelförmige Anschwellung abgebunden wird, in der Weise, dass die letzte ligatur nach innen gegen den gemeinsamen (supponirten) Cervix zu liegen kommt. Dementsprechend wird dann abgetragen.

Bemerkenswert ist die ungemeine Tiefe des Douglas'schen Raumes. Ausserdem sieht man von dem gemeinsamen Mittelstück des Uterus eine Falte gegen das grösser entwickelte Horn bis nahe an den Abgang des lig. rotundum verlaufen. Diese Falte ist nichts anderes als der Blasenfundus. Die Bauchwunde wird mit Seidenknopfnähten geschlossen. Die oberste Hautschicht mit fortlaufender Katgutnaht genäht

Die genaue Besichtigung der gewonnenen Präparate ergibt folgendes: An den linksseitig exstirpierten Anhängen ist eine Tube makroscopisch nicht nachweisbar; doch geht ein ganz dünner etwa 2 cm langer Strang vor dem Ovarium vorüber, welcher vielleicht als Tube aufzufassen ist. Das Ovarium selbst ist etwa um $^1/_3$ kleiner als ein normales und zeigt auf dem Durchschnitt zahlreiche erweiterte Follikel.

Das rechtseitig exstirpierte Horn besteht durchweg aus Muskelgewebe. Ein Kanal oder Hohlraum ist nicht vorhanden. Von der Kante desselben geht ein 2—3 mm dicker etwa 4 cm langer, muskulöser Strang ab, welcher sich als solid erweist und gegen das abdominale Ende zu etwas kolbig anschwillt, so dass er etwa 4 mm Dickendurchmesser hat. Fimbrienbildung ist angedeutet. Ein Tubenkanal ist mit den feinsten Sonden nicht aufzufinden. Das rechte Ovarium etwa normal gross, zeigt auf dem Durchschnitt einige bis erbsengrosse erweiterte Follikel, die oft nur noch durch ganz dünne Membranen getrennt sind.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass der Uteruskörper vollständig solid ist. Es fehlt jede Andeutung einer Höhlung oder einer Schleimhaut. Auch die Tube zeigt keine Höhlung oder Schleimhaut, im Centrum des Querschnitts findet sich eine ziemlich starke Gefässentwickelung. Die Ovarien zeigen zwischen den vergrösserten und hydropischen Follikeln ziemlich starke bindegewebige Wucherung. Es finden sich einige typische ausgebildete Graaf'sche Follikel, jedoch relativ wenig. An einigen Stellen findet man im Bindegewebe abgelagert Blutcrystalle, die vielleicht als von einer früheren Menstruationsblutung herrührend zu deuten sind. Der Verlauf der Wundheilung war im Anfang durch ein leichtes Fieber compliciert. Am 12. Tage zeigte sich die Bauchwunde infiltriert und ging dann in den oberflächlichen Partieen etwas auseinander, was, nachdem sich die Wundfläche gereinigt hatte, zu einer zweiten Vereinigung der Wundränder zwang.

Nach 39 Tagen wurde Pat. vollkommen beschwerdefrei entlassen. Nach $6^1/_2$ Monaten stellt sich Pat. wieder vor. Sie sieht blühend aus und ist vollkommen beschwerdefrei geblieben.

Die Diagnose ist also zu stellen auf Uterus bicornis rudimentarius mit rudimentärer Scheide. Wenn ich sie in eine der von Kussmaul und Fürst aufgestellten Perioden

einreihen soll, so dürfte sie wohl zu der ersten Periode zu rechnen sein, da die Anlage der Müller'schen Gänge vollendet und dadurch die geschlechtliche Differenzierung begonnen hat, die Vereinigung der Müller'schen Gänge aber nur in den untersten Partieen stattgefunden hat. Die Hemmung betraf beiderseits die Müller'schen Gänge in ihrer ganzen Ausdehnung, da sowohl Tube wie Uterus und Scheide in ihrer Entwickelung zrückgeblieben sind.

Es sei mir gestattet aus der Litteratur, die mir zur Verfügung stand, diejenigen Fälle zusammenzustellen, welche mit dem von mir angeführten etwa gleichzustellen sind:

Der Arbeit von Kleinwächter: Zur Castration wegen funktionirender Ovarien bei rudimentärer Entwickelung der Müller'schen Gänge. Archiv für Gynäkologie Band XVII. Jahrg. 1881 entnahm ich folgende Fälle: v. Peaslee, New-York.

1. Fall, der operiert wurde wegen Molimina. 24 J. alte Dame mit heftigen Menstruationsbeschwerden. An Stelle der vagina nur ein rudimentärer Blindsack. Uterus wurde nicht gefühlt. Erst bei dem nach Entfernung der Ovarien erfolgten Tode an Peritonitis fand man an Stelle des oberen Teils der Scheide einen fibrösen Strang. Oberhalb des blinden Endes lag ein solider, rudimentärer Uterus mit etwa 6 cm langen Hörnern. Tuben waren normal, stark geschlängelt. Ovarien, vergrössert, zeigen Cysten, die mit Blut und colloider Masse ausgefüllt waren. Ausserdem am linken Ovarium eine gestielte Cyste.

II.

Einen Fall von Tauffer in Budapest, bei welchem ebenfalls wegen Menstruationsbeschwerden die Castration mit Erfolg ausgeführt wurde:

25jährige Dame, seit $2^1/_2$ J. verheiratet, die seit dem 15 J. an heftigen Molimina litt und noch nie menstruiert gewesen war. Von einem Chirurgen war im Anfang ihrer Ehe eine etwa 4 cm lange, genügend weite Scheide herge-

stellt worden. Nach Ausübung des Coitus steigerten sich die Molimina sogar bis zur Geistesstörung. Status: gracile Person von weibl. Habitus, kleine Brüste, äussere Geschlechtsteile normal; an Stelle der vagina ein 6 cm langer Blindsack. Bei der Untersuchung vom rectum aus fühlte man etwas unterhalb der Beckeneingangsebene einen quer von rechts nach links durch das Becken verlaufenden, mit scharfem Rand nach oben gerichteten Strang. In der Mitte desselben ein nussgrosser, härtlicher Körper, der mit dem Scheidenblindsack zusammenhängt. Links und rechts sind bewegliche Körper zu fühlen, die mit dem vorher erwähnten querlaufenden Stück zusammenhängen und sehr schmerzhaft sind. Ovarien wurden entfernt. Das rechte Ovarium zeigt einen hydropischen Graaf'schen Follikel. Heilung.

III.

Einen Fall, den Kleinwächter selbst beobachtete und operierte.

Person mittelgross, von ausgesprochen weibl Habitus; Brüste gehörig entwickelt und gross; grosse und kleine Labien normal, ebenso Clitoris. Die Urethralöffnung lag tiefer als normal und bildete einen $1^1/_2$ cm. langen, verticalen Spalt. Unter der Urethralmündung fand sich an Stelle des Introitus vaginae ein seichtes Grübchen. Die Schleimhaut liess sich 3 cm tief einstülpen. Vom Rektum aus fühlt man in der Höhe der linea terminalis einen querverlaufenden, federkielstarken, festen, bewegl. Strang. Von der Mitte des Strangs setzt sich nach abwärts ein kleinfingerstarker, 4 cm langer harter Körper fort. Der querverlaufende Strang lässt sich fast bis zum Beckenrand verfolgen, wo er in einer haselnuss grossen Anschwellung endet Auf beiden Seiten nach aussen von dieser Anschwellung fühlt man die Ovarien.

Der Befund wurde bei der Laparotomie bestätigt. Die Tuben waren etwas dünner als normal. Das Fimbrienende normal. Ob die Tuben durchgängig waren, ist nicht festzu-

stellen gewesen. Die Ovarien zeigen Graaf'sche Follikel und corpora lutea von verschiedenem Alter, ferner etwa erbsengrosse Cysten.

IV.

Langenbeck veröffentlichte einen Fall von vollständigem Mangel von Uterus, Ovarien, Tuben und Scheide:

Bei einem Kinde mit spina bifida hätten das ostium vaginae die Schamlippen gänzlich geschlossen. Uterus, Tuben und Ovarien hätten gefehlt. Forster wies nach, dass ein unausgehöhltes glattes Rudiment des Gebärmutterkörpers ohne Hals mit stielrunden unausgehöhlten Hörnern, welche Fortsetzungen der runden Mutterbänder glichen, vorhanden gewesen sei.

Von den zahlreichen Fällen, welche Las Casos dos Santos in seiner Arbeit „Ueber Missbildungen des Uterus" Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk. Bd. XIV. Jahrg. 1888 mitteilt, glaube ich folgende hierhernehmen zu dürfen:

V.

1) 8. XI. 83. Frau S., 33 J. alt, war noch nie menstruiert. Sie ist verheiratet seit 11 Jahren und fühlt seit 3 Wochen Schmerzen, welche in den Fusssohlen beginnen und nach oben in die rechte Seite ausstrahlen. Aeussere Genitalien normal, Mammä gut entwickelt, Hymen stark eingerissen; Scheide $2^1/_2$ cm lang endet blindförmig. Per rectum fühlt man in der Mittellinie einen kleinen, ca. hasselnussgrossen, sehr beweglichen festen Körper, von welchem nach rechts sich eine Falte zur rechten Beckenwand erstreckt. Nach links zieht ein sehr derber etwa kleinfingerdicker Strang bis zum Beckenrand. Dort fühlt man einen bewegl. etwa bohnengrossen Körper.

VI.

2) 3. VIII. 85. Frl. W., noch nie menstruiert. hat keine Beschwerden. Die äusseren Genitalien und Mons Veneris

sind schlecht entwickelt. Die Scheide ist normal, eine Portio nicht zu fühlen. Dagegen findet sich ein leichter Recessus im Scheidengewölbe, eine Oeffnung jedoch nicht vorhanden. Per rectum fühlt man in der Mitte an der Stelle des Uterus eine kleine Verdickung; von dort nach beiden Seiten mässig starke Falten ausgehend. Becken eng. — Ovarien sind nicht zu fühlen.

VII.

3) 27. VIII. 85. Frl. Z., 22 J., war niemals menstruiert. Seit 2 Jahren fühlt sie mässige Schmerzen im Leib in regelmässigen Intervallen. Die äusseren Genitalien sind sehr gut gebildet. Urethralöffnung ist sehr weit, Hymen gut gebildet und liegt zum Teil als abhebbare Membran den übrigen Teilen auf. Die Scheide fehlt vollständig. Per rectum fühlt man eine straffe Falte quer im kleinen Becken In der Mitte derselben befindet sich eine leichte Verdickung. Beide Ovarien sind normal gross und beweglich.

VIII

4) 2. VI. 78. Frau S , 33 J., verheiratet, war niemals menstruiert. Nach dem 1. Coitus soll starke Blutung aufgetreten sein. Sie will alle 3 bis 4 Wochen das Gefühl von Fülle und Anschwellung im Leibe haben.

Mons Veneris ist schwach entwickelt. Die kleinen Labien sind schürzenförmig, die Scheide rudimentär und einstülpbar. Per rectum fühlt man einen nur schwach angedeuteten Strang in der Mittellinie. Nach rechts verläuft von diesem ein breiter werdender Strang zu einem wallnussgrossen Körper; nach links ebenfalls breiter werdend zu einem bohnengrossen harten Körper, der nicht so frei verschieblich ist. Die Harnröhre ist sehr weit.

IX.

Hier möchte ich gleich den Fall einschliessen, den Kiderlen in der Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. XV. veröffentlicht.

2. Februar 1883. Frau H., 32 J. alt, hat seit einem Jahr Schmerzen in der linken Seite Sie war noch nie menstruiert; keine Molimina menstrualia. Sie kann den Coitus nicht ausüben. Urinbeschwerden sind nicht vorhanden. Sie ist eine mittelgrosse, leidlich genährte Frau. An Stelle der Scheide ist ein etwa 3 cm langer Blindsack vorhanden. An Stelle des Uterus tritt ein länglicher 2—3 cm langer Wulst, von dessen oberem Ende nach beiden Seiten zarte Stränge abgehen. Ovarien sind nicht zu fühlen. Im Grund des Scheidenblindsacks ist ein Orificium uteri weder zu sehen, noch zu sondieren.

X.

Einen Fall der ebenfalls in hiesiger Klinik beobachtet wurde, scheint mir ebenfalls mit dem meinigen sehr nahe verwandt zu sein. Er wurde von Herrn Prof. Frommel in der Münch. med Wochenschrift 1890 Jahrg. XXXVII veröffentlicht.

B. Elise, 20j. Dienstmagd, war nie menstruiert Seit 3 J. fühlt sie regelmässig eintretende kolikartige Schmerzen. Sie ist ein grosses starkes Mädchen mit ziemlich starken fettreichen Brüsten. Drüsensubstanz ist gut entwickelt.

Mons Veneris ist reichlich behaart. Die äusseren Genitalien sind vollständig normal, ebenso Hymen. Die Harnröhrenmündung ist etwas dilatiert. Der Hymen bildet nicht die äussere Begrenzung des Scheidenlumens, sondern durch die Oeffnung desselben ist eine Hautpartie zu sehen, welche der äusseren Haut entspricht.

Von der Scheide ist nichts nachweisbar. In der Mitte des Beckens, etwas nach links, findet sich ein kleiner, anscheinend rundlicher, ziemlich beweglicher, derber Körper von der Grösse einer Welschnuss. Nach rechts und links gehen dünne Stränge ab. Wo diese zu enden scheinen, finden sich mandelförmige, derbe, bewegliche Körper, die als Ovarien angesprochen werden. Lig. rotundum ist nicht fühlbar.

Bei der Operation findet sich im kleinen Becken links von der Mittellinie ein annähernd birnförmiger Körper von etwa Welschnussgrösse. Links geht eine kurze Tube ab ohne Fimbrienende, welche verschlossen ist Am Abgang der Tube ist ein schwachentwickeltes ligamentum rotundum zu sehen Nach hinten liegt das normale Ovarium Auf der rechten Seite dieses Körpers geht ein langer Strang von der Dicke eines Bleistiftes ab, der schliesslich spindelförmig anschwillt An ihn schliesst sich eine 3 cm lange verschlossene Tube an. An der Abgangsstelle ist ein lig. rotundum schwach entwickelt nachweisbar. Mit der Anschwellung ist durch ein 4 mm langes lig. ovarii das rechte Ovarium nahe verbunden.

Das linke Horn zeigt eine etwa erbsengrosse mit Schleimhaut ausgekleidete Höhle. Die Tube zeigt ein schwach angedeutetes Lumen.

Im rechten Horn lässt sich keine Höhlung nachweisen. Tube solid.

Ovarien sind normal gross, zeigen Graaf'sche Follikel und corpora lutea.

XI.

Gläser, Breslau veröffentlicht im Centralblatt f. Gynäkologie Band XVI J. 1892 ebenfalls einen ähnlichen Fall, der allerdings dadurch compliciert erscheint, dass an dem einen Ovarium eine Dermoidcyste sich gebildet hatte.

Auguste Grams, 28 J., war bis zum 16. J. gesund. Von da an zeigten sich 4wöchentl. paroxismenartige heftige Unterleibsschmerzen, die 4—5 Tage anhielten Die Schmerzen wurden später anhaltend. Abgang von Blut wnrde nie gemerkt, auch keine vikarierenden Blutungen. Grams ist kräftig gebaut, Brüste sind gut entwickelt, Abdomen eingezogen; jedoch überall tympanitischer Schall. Mons Veneris ist stark behaart, die äusseren Geschlechtsorgane wohl gebaut. Die Harnröhrenmündung ist weit.

Hymen zerrissen (Coitus wurde häufig vollzogen). Introitus vaginae ist weit. Der untersuchende Finger kann nur 2 cm weit eindringen. Die Scheide endet blindsackförmig. Am Ende des Blindsacks findet sich ein pulsierendes Gefäss. Es sind einige kleine Ausbuchtungen, aber keine Oeffnung vorhanden. Ein Tumor ist von der Scheide aus nicht nachweisbar. Die Untersuchung per rectum ergiebt einen gänseeigrossen ovalen Tumor, prall, elastisch, wenig fluktuierend, der tief im kleinen Becken links von der Mittellinie liegt. Vor dem Tumor etwas nach aussen von seiner Mitte befindet sich eine weiche, pflaumengrosse, nicht fluktuierende Geschwulst, welche sich durch eine Furche deutlich von dem Tumor abgrenzt, und sich der vorderen Beckenwand nähern lässt. Von diesen beiden Tumoren, von welchem speziell, ist nicht festzustellen, zieht ein kurzer fast ngerdicker Strang dem geschlossenen Blindsack der vagina zu nach vorn. Am vorderen Ende dieses Stranges, also dicht über den Verschluss der vagina trennt sich ein nicht ganz so dicker Strang ab, welcher sich fast 5 cm weit nach rechts verfolgen lässt, deutlich abgrenzbar und beweglich. In der Mittellinie, mit einer kleinen Anschwellung beginnend, dann sich leicht verjüngend, nimmt der Strang nach aussen allmählig an Dicke zu. Ziemlich an seinem Ende lässt sich eine annähernd rundliche Partie von der Grösse einer süssen Kirsche erkennen. Bei der später von Herrn Geheimrat Fritsch ausgeführten Laparotomie ergab sich, dass der gänseeigrosse Tumor als Dermoidcyste, der davor liegende pflaumengrosse als linkes Uterushorn anzusprechen war. Die linke Tube verlief am untern Rand des Ovarientumors nach aussen und hinten. Der nach rechts verlaufende Strang bestand aus dem rechten Uterushorn, das, kleiner als das linke, etwa kirschgross war. Nach aussen lag die Tube und das vergrösserte Ovarium. Am äussern Ende befanden sich mehrere Parovialcysten, deren eine bei der Untersuchung für das rechte

Ovarium gehalten worden war. Das linke Uterushorn zeigte eine grössere geschlossene Höhle, in welcher sich etwas sanguinolente Flüssigkeit, aber kein Menstrualblut befand. Die Tuben erscheinen durchgängig. Das rechte Ovarium ist vergrössert und zeigt vereinzelt kleine Cysten. Auf dem Durchschnitte zeigen sich sichtbare grosse Cysten und zwei corpora lutea.

XII.

Rockitansky hat einen Fall veröffentlicht, den er bei einer 60j. Magd beobachtete.

Scheide bestand in einer rundlichen, etwa 26 mm tiefen Grube, deren Gewölbe über dem Sphincter ani internus an die Vorderwand des Rektums stösst. Statt des Gebärmutterkörpers fand sich ein von Fleischfasern durchzogenes Zellgewebe, welches die Form eines Corpus uteri nachahmte Die Gebärmutterhörner bildeten zwei fleischige Stränge, die an ihren Enden bohnengross anschwollen Die eine Anschwellung zeigte eine linsengrosse mit Schleimhaut ausgefüllte Höhle. Die Ovarien waren verschrumpft. Die Eileiter, runden und breiten Mutterbänder waren vorhanden.

XIII.

Im Centralblatt für Gynäkologie 1889 No. XIII veröffentlicht D. J. Präger-Chemnitz folgenden Fall:

20j. Fabrikarbeiterin aus gesunder Familie; Menstruationsbeschwerden nicht vorhanden (14 Tage vor der Untersuchung hatte Patientin heftige Kopfschmerzen). Patientin ist eine kräftig gebaute Person von weiblichem Bau, die Brüste sind gross und mit starkem Fettpolster versehen. Leistenkanäle sind frei, das Becken ist weiblich. Pubes sind behaart. Die Harnröhrenmündung nicht erweitert. Harnröhrenwulst ist nicht vorhanden, sondern zwischen den kleinen Labien befindet sich ein schlaffes ausgespanntes Segel, von der Beschaffenheit der äussern Haut. Bei der Untersuchung sowohl von Blase und Mastdarm aus, als auch von den Bauch-

decken aus liegen Blase und Mastdarm dicht aneinander. Bei kräftigem Druck von der Bauchdecke aus fühlt man in der Höhe des Beckeneingangs ein quer durch das Becken verlaufendes Band. Am obern Rand sind deutlich die Eileiter als rundliche Verdickungen durchzufühlen; beide stossen in der Mitte zusammen. Ungefähr 1 cm vor der Vereinigung der Schenkel werden sie um das 3—4fache erweitert.

Diagnose: Uterus bicornis rudimentarius von $1^3/_4$ cm Länge. Die Ovarien sind beiderseits als glatte bewegl. Körper von der Grösse einer Bohne zu fühlen. Runde Mutterbänder sind nicht zu fühlen.

XIV.

In dem gleichen Band des Centralblatts für Gynäkologie teilt Dr. J. Rymarkiewicz einen weitern Fall mit, der ihm zur Beobachtung kam:

33j. Arbeiterfrau, welche niemals menstruiert war, jedoch in regelmässigen Zeiträumen Menstruationsbeschwerden hatte. Coitus war immer schmerzhaft. Patientin ist eine mittelgrosse, kräftige Frau, Fettsubstanz ist gering, Drüsensubstanz gut entwickelt. Auf Druck entleert sich weder Milch, noch Colostrum. Der Leib ist eingefallen, Striae nicht vorhanden, Mittellinie ist pigmentiert, Inguinalgegend normal. Bei der Untersuchung per vaginam kommt man mit dem Finger ca. 3 cm tief in die Scheide, die jedoch oberhalb kuppelig geschlossen ist. Die Scheide ist eng, runzelig und schlüpfrig. Am Eingang deutliche Carunkeln. Die vordere Vaginalwand zeigt einen deutlichen bandartigen Streifen, der längs der ganzen Wand verläuft und an einzelnen Stellen kammartig prominiert. Bei bimanueller Untersuchung fühlt man rechts von der Mittellinie oberhalb der Symphyse einen rundlichen, länglich verlaufenden Strang, der mit der Scheidenkuppel in Verbindung zu stehen scheint. An seinem nach aussen gerichteten Ende fühlt man eine bewegliche kaum bohnengrosse Anschwellung. Von der Scheidenkuppel nach

links zieht ebenfalls ein länglicher Strang, kürzer und dünner als der rechte. Bei der Untersuchung vermittels Katheters, von der Blase und dem Finger, vom Mastdarm aus, ergibt sich, dass Katheter und Finger nur durch eine Membran getrennt sind. Beim Heben des Katheters im Ureter und Hinaufführen des Fingers im Mastdarm fühlt man einen $1^1/_2$ cm langen, in der Mitte gefurchten Körper, von dem die oben erwähnten Körper ausgehen.

Die beiden nach rechts und links gehenden Stränge deutet der Verfasser als die rudimentär entwickelten Hörner des Uterus. Die kleinen frei beweglichen Körper rechts als Ovarien. (Ueber Tube und Mutterbänder ist nichts angegeben.) Die Leiste an der vorderen Vaginalwand deutet Verfasser als Anzeichen der nicht vollständigen Verwachsung der Müller'schen Gänge im untern Drittel. Im mittleren Drittel kam es nach seiner Ansicht zur Obliteration und Verkümmerung , was zur Atresie führte.

XV.

In der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. teilt Warneck einen Fall mit, den er operierte, welcher trotz einiger Verschiedenheiten wohl auch hierher gerechnet werden muss;

23j. Frau, die nie menstruiert war, klagt über starke, wehenartige Schmerzen im Unterleib, die seit 3 J. periodisch ein bis zwei mal im Monat auftraten. Patientin stammt aus gesunder Familie und war ausser einem Typhus stets gesund. Bei Ausübung des Coitus stets starker Schmerz. Einige Monate nach der Hochzeit wurden die Schmerzen immer unerträglicher, zuletzt stellten sich wiederholt ein sehr reichlicher übelriechender weisser Fluss ein, der jedesmal 2 Tage dauerte und von heftigem Schmerz begleitet war.

Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut, Brüste normal, Becken exquisit weiblich, Mons Veneris und äussere Genitalien mit langen Haaren bedeckt, grosse Labien mässig, kleine Labien und Clitoris normal entwickelt. Harnröhre nicht er-

weitert. Das Hymen eingerissen, Scheide $2^1/_2$ Querfinger breit, $4^1/_2$ cm lang, endet blind. Harnröhrenwulst stark entwickelt, hintere columna rugarum mässig entwickelt. Eine vaginalportion oder ein orificium uteri externum nicht nachweissbar. Bei der bimanuellen Untersuchung von der vagina, besser vom rectum aus, fühlt man ca. 3 cm von der Scheidenkuppel aus, in der Mittellinie einen querovalen, nicht empfindlichen glatten Körper, von dem nach rechts ein ziemlich dicker Strang abgeht, der mit einem Tumor zusammenhängt, welcher doppelt so gross als der vorhin erwähnte Körper, von unregelmässiger Oberfläche und sehr empfindlich ist. Nach links geht ebenfalls ein, bedeutend dünnerer, Strang ab, dessen Ende sich nicht genau constatieren lässt. Eine Verbindung des querovalen Körpers mit der Scheidenkuppel ist nicht zu constatieren. Bei der wegen der heftigen Schmerzen vorgenommenen Laparotomie fand sich der obenerwähnte querovale Körper, der als rudiment. Uterus gedeutet wurde. Nach rechts ging die etwas in die Länge gezogene, sonst normale Tube ab. Nahe dem uterinen Ende derselben fand sich der vergrösserte rechte Eierstock. Das rechte Horn des Uteruskörpers, Tube und Ovarium wurden entfernt. Links war von den Adnexen des Uterus nichts zu sehen: Es ging das ligamentum latum sinistrum vom linken Horn des Uteruskörpers nach links und unten ab und verlor sich im Beckenzellgewebe. Von einem collum uteri war auch nichts vorhanden. Den Uteruskörper vereinigte mit der vagina ein dünner breiter Strang. Weder links noch rechts wurde ein ligamentum rotundum bemerkt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das gewonnene Präparat aus einem Teil des rechten soliden Uterushornes, der unveränderten rechten Tube, einem Teil des rechten ligamentum latum und dem vergrösserten Eierstocke bestand. An letzterem wurde eine Periophoritis und cystische Degeneration der Follikel constatiert. — Die Operation ergab einen guten Erfolg.

XVI.

Salin veröffentlicht folgenden Fall:

58j. Frau, die nie menstruiert war. Ihr Tod erfolgte infolge einer bösartigen Ovarialgeschwulst. Die Scheide selbst ist nur durch eine strangförmige Verdickung angedeutet. Wo dieser Strang die Plica vesico-uterina erreicht, geht derselbe in eine mandelgrosse, solide Anschwellung über. Von diesem Körper laufen von jeder Seite nach aussen und oben je ein solider, bleifederdicker Strang, der nach einem Verlauf von 5 cm wieder zu einem soliden mandelgrossen Körperchen anschwillt. Linkerseits entspringen die Eileiter das runde Mutterband und das ligamentum utero-ovarium. Linker Eierstock war normal. Rechterseits fand sich der bei der vorausgehenden Operation gebildete Stiel.

XVII.

Die beiden nächsten Fälle werden von Max Strauch in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. Bd. XV. mitgeteilt.

24j. Mädchen mit heftigen Menstruationsbeschwerden, bei der zuweilen vikarierende Menstruation durch Nase, Mund und Mastdarm auftritt. Sehr starker Geschlechtstrieb vorhanden. An Stelle der Vagina tritt ein blindsackähnlicher 6 cm langer Kanal. 2 Uterushörner sind vorhanden, jedoch ohne Mittelstück. Die Ovarien sind zu fühlen; sie werden entfernt und zeigen sich cystös degeneriert. Nach der Operation keine Beschwerden mehr vorhanden.

XVIII.

27j. Frau, die nie menstruiert war. Seit ihrer Verheiratung heftige Menstruationsbeschwerden. Kräftige Frau mit gut entwickelten Brüsten und normalem weiblichen Becken. Aeussere Geschlechtsteile behaart und ziemlich normal entwickelt. Aeussere Harnröhrenmündung weit. Introitus vaginae verschlossen. Verschluss lässt sich einstülpen. Per rectum palpiert man in der Mitte einen harten mandelgrossen Körper,

von dessen oberem Ende zwei Stränge rechts und links zum Beckenrand abgehen. Linkes Ovarium deutlich, rechtes undeutlich zu fühlen. Ovarien werden entfernt, zeigen corpora lutea und einige bis erbsengrosse Cysten.

XIX.

Aus der Martin'schen Klinik teilt Karl Franck in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. XVIII. eine Beobachtung mit:

Frl. W. 18 J. stammt von gesunden Eltern. Patientin war noch nicht menstruiert und klagt über heftiges Stechen im Leib, über Kopf- und Kreuzschmerzen, die sich in nicht ganz regelmässigen Zwischenräumen, in etwa 4 Wochen einstellen. Mittelgrosse kräftige Blondine: Mammae mässig entwickelt, Pubes nicht abnorm. Harnröhre sitzt etwas tief. Die Gegend des Introitus vaginae ist kleiner als normal. Unterhalb der Harnröhre eine kleine etwa $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltende runde Stelle, welche den Introitus andeutet. Dieselbe ist umgeben von einem schmalen Saum, dem verkümmerten Hymen; keine Oeffnung. Per rectum fühlt man eine dünne Bindegewebsschicht zwischen rectum und Abdomen. Vagina scheint zu fehlen. An Stelle des Uterus fühlt man ein kleines hartes Körperchen, ähnlich einer Fingerkuppe. Von diesem zieht nach jeder Seite ein deutlicher flacher Strang bis zur Beckenwand. Nach der Beckenwand ist hinter diesen Strängen jederseits ein hartes, kugliches Ovarium deutlich sichtbar. Das rechte erscheint grösser als das linke.

Bei der Laparotomie, die wegen der Molimina ausgeführt wurde, zeigt sich an Stelle des Uterus eine Bauchfellfalte, nach beiden Seiten die ziemlich normalen Tuben und Ovarien. Am Orificium externum der Tuben zwei haselnussgrosse Anschwellungen, von denen die ligamenta rotunda abgehen, offenbar Uterusrudimenta. Ovarien sind leicht entzündet, mit bis erbsengrossen hydrogischen Follikeln. Heilung durch Operation.

Nicht vollkommen sicher in ihrer Deutung sind die Fälle V—IX, weil bei ihnen nur der Befund der äussern Untersuchung gegeben ist; doch glaubte ich wegen der Aehnlichkeit dieses Befundes mit andern, bei denen die Diagnose durch Operation oder Sektion gesichert ist, sie hierherrechnen zu dürfen.

Allen Fällen gemeinsam ist, dass sämtliche Patientinnen ausgesprochen weiblichen Habitus zeigen; auch die Becken lassen sich durch ihre Masse als weibliche erkennen. Die Brüste sind bei allen normal entwickelt und ebenso zeigen die äussern Geschlechtsteile nur selten einen abnormen Befund. Sie zeigen in den meisten Fällen normale Behaarung, die grossen und kleinen Labien sind gut entwickelt, ebenso Clitoris. Hymen ist bald sehr stark entwickelt, bald nur angedeutet, jedoch immer deutlich nachweisbar.

Die Scheide ist bei allen rudimentär. Meistens ist sie nur durch einen kurzen Blindsack, der bei manchen durch Ausübung des Coitus etwas erweitert wurde, angedeutet oder es findet sich an ihrer Stelle eine, meistens ohne Schmerzhaftigkeit einstülpbare Membran. Eine rudimentäre Anlage der Scheide in Gestalt eines bindegewebigen Stranges ist nur in wenigen Fällen nachgewiesen, was nicht befremden kann, da eine dünne Membran zwischen Rectum und Blase dem untersuchenden Finger recht wohl entgehen kann.

Eine Portio oder orificium uteri externum war an keinem der Fälle nachweissbar.

Was das Verhalten der Harnröhre betrifft, so widerspricht der Befund bei meinen Fällen einigermassen der Angaben Schröders, dass bei den meisten Fällen von rudimentärer Scheide die Harnröhre erweitert sei. Nur bei fünf Fällen (Fall III, VII, VIII, X und XI) wird eine Erweiterung der Harnröhre angegeben, dabei erscheint bei Fall III die Annahme wohl möglich, dass die Harnröhre, dadurch dass sie zur Cohabitation benutzt ward, erweitert wurde.

Ein Uteruskörper ist in allen Fällen gegeben; allerdings ist er in den verschiedenen Fällen in verschiedenem Grade entwickelt. Bald ist er nur durch einen fibrösen Strang angedeutet, bald zeigt er fast normale Grösse; jedoch ist auch bei den bestentwickelten keinerlei Kanal oder Höhlung nachweisbar. Nur in Fall XVII ist angegeben, dass kein Mittelstück vorhanden war. Jedoch ist keine Angabe gemacht, ob ein solches nicht durch einen Strang angedeutet ist. Weiterhin kann aber auch die Anlage so rudimentär sein, dass sie bei der Untersuchung übersehen wurde. Die Annahme einer mangelhaften Andeutung erscheint mir wahrscheinlicher als ein vollständiges Fehlen.

Die Uterushörner zeigen ebenfalls die verschiedensten Grade der Entwickelung. Auch sie sind bald nur angedeutet, bald ziemlich grosse derbe Körper. In den Fällen X, XI und XII zeigt ein Horn eine kleine Höhlung, die mit Schleimhaut ausgekleidet ist; jedoch keinen Kanal. Die Schleimhaut scheint nicht funktioniert zu haben.

Das Verhalten der Tuben ist ein sehr wechselndes. In 6 Fällen werden die Tuben als normal angegeben. In andern Fällen fehlt jede Angabe. In den 2 von Herrn Prof. Frommel beobachteten Fällen sind die Tuben verkürzt und undurchgängig. Auch vollständiges Fehlen wird angegeben. Ob in dem von mir berichteten Fall linksseitig eine Tube vorhanden, ist nach dem makroskopischen Befund nicht zu entscheiden.

Ueber die ligamenta rotunda sind leider nur in den wenigsten Fällen Angaben gemacht. Auch sie können vollständig fehlen oder mangelhaft entwickelt sein, oder aber sind sie, wie der von mir berichtete Fall beweisst, abnorm stark entwickelt.

Auch vollkommenes Fehlen des Ovariums wenigstens der einen Seite ist angegeben. In andern Fällen sind sie vergrössert oder kleiner als normal. Sehr auffallend ist das häufige Vorkommen von cystischer Entartung, die auch bei

meinem Fall sicher vorhanden ist. Bei den meisten Ovarien wird berichtet, dass sie Corpora lutea, als Zeichen dass sie funktionierten, aufwiesen. In einem Fall ist Colloide-Entartung nachgewiesen; in einem weitern Fall war das Ovarium Sitz einer Dermoidcyste und einmal zeigte es maligne Neubildung.

Um noch kurz die praktische Seite der Frage zu berühren, so spricht auch der Befund bei dem von mir berichteten Fall gegen den schon öfter bestrittenen Satz von Schröder, dass Menstruationsbeschwerden meistens bei derartigen Hemmungsbildungen fehlen. Auch bei 11 Fällen von 19, welche ich aufführte, sind heftige, nicht anders wie als Menstruationsmolimina zu deutende periodisch wiederkehrende Schmerzen angegeben. Bei 10 Fällen wurde die Castration vorgenommen wie bei dem meinigen. Von diesen 10 Fällen ergaben 8 ein absolut günstiges Resultat. Bei allen wird angegeben, dass die Beschwerden dauernd verschwunden waren. Auch bei dem von Herrn Prof. Frommel operierten Fall wurde ein gleich gutes Resultat erzielt. Die Beschwerden waren verschwunden, und das Allgemeinbefinden hatte sich entschieden gehoben. Ein Todesfall (der Fall Peaslee) kann zur Beurteilung der Berechtigung und Aussichten dieser Operation nicht herangezogen werden, da er in vorantiseptischer Zeit operiert wurde und ebensowenig der andere, bei dem die Pat. bald darauf einer heftigen Magenneurose erlag.

An der Berechtigung der Castration bei solchen Hemmungsbildungen mit Menstruationsbeschwerden ist nach solchen Erfolgen nicht mehr zu zweifeln, zumal wir kein anderes Mittel haben, die oft unerträglichen Schmerzen, welche die Pat. oft vollständig arbeitsunfähig machen, ja selbst Geistesstörungen hervorrufen können, dauernd und vollständig zu beseitigen.